

Сравнительный анализ результатов опроса врачей поликлиник и стационаров по возможностям вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний

Мамедов М. Н., Куценко В. А., Марданов Б. У., Драпкина О. М.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.
Москва, Россия

Цель. Определение возможностей вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) на амбулаторном и стационарном этапах лечения с помощью проведения одномерного медико-социального опроса когорты врачей из различных городов Российской Федерации.

Материал и методы. В одномерном исследовании принимали участие врачи поликлиник (16 городов, 545 врачей) и стационаров (13 городов, 151 врач). Опрос был осуществлен по ранее подготовленной анкете, в разработке которой принимали участие эксперты из "НИИЦ ТПМ" и организаторы здравоохранения. Анкета состояла из 9 вопросов, включающих гендерно-возрастные особенности, частоту различных нозологических форм, приверженность к терапии, льготное обеспечение лекарствами, взаимодействие с амбулаторными врачами и штатную укомплектованность врачами и средним медперсоналом. На каждый вопрос предлагались ответы в нескольких градациях. В зависимости от численности населения города были распределены на 4 подгруппы: население >2 млн человек, 1-2 млн человек, 400 тыс. — 1 млн человек и население <400 тыс. человек.

Результаты. Согласно полученным результатам, в поликлиниках и стационарах по частоте обращаемости взрослого населения ишемическая болезнь сердца занимает первое место и составляет ~40% среди ХНИЗ. С диагнозом хроническая сердечная недостаточность пациенты в 1,4 раза чаще обращаются в стационары по сравнению с поликлиниками. Частота выявления других хронических заболеваний в поликлиниках и стационарах имеет схожую картину и в совокупности составляет до 50% от обращаемости по поводу ХНИЗ. Среди госпитализированных пациентов доминируют лица обоего пола в возрасте 65 лет, тогда как на амбулаторном уровне их обращаемость меньше в 2 раза. Пациенты 60-64 лет, вне зависимости от гендерной принадлежности, одинаково часто обращаются за амбулаторной и стационарной помощью. Льготное обеспечение важными препаратами в каждом втором случае обеспечивается на удовлетворительном уровне (50-75%), сопоставимое количество пациентов получают препараты до 50% случаев. Каждый второй пациент не привер-

жен к медикаментозной и немедикаментозной терапии в различной степени, причем мнение врачей из стационаров и поликлиник сопоставимо. Необходимо отметить, что в поликлиниках некомплектованность врачами и средним медперсоналом достигает 50%.

Заключение. С учетом лидирующей позиции сердечно-сосудистых заболеваний среди причин госпитализации и амбулаторной помощи за счет старших возрастных групп, необходимо улучшить диспансеризацию и амбулаторную помощь среди лиц высокого риска. Среди приоритетов вторичной профилактики ХНИЗ важное место занимает улучшение просветительской работы по увеличению приверженности пациентов к медикаментозной коррекции и достижению целевых уровней основных факторов риска. Оптимизация материально-технического обеспечения, в т.ч. лекарственным обеспечением лечебных учреждений, а также улучшение укомплектованности штатного расписания врачами и средним медперсоналом играют ключевую роль в организации вторичной профилактики в первичном звене здравоохранения.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, вторичная профилактика, поликлиника, стационар, опрос.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 05/02-2025

Рецензия получена 13/02-2025

Принята к публикации 11/03-2025



Для цитирования: Мамедов М. Н., Куценко В. А., Марданов Б. У., Драпкина О. М. Сравнительный анализ результатов опроса врачей поликлиник и стационаров по возможностям вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2025;24(5):4348. doi: 10.15829/1728-8800-2025-4348. EDN ERANZZ

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: mmamedov@mail.ru

[Мамедов М. Н.* — д.м.н., профессор, руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0001-7131-8049, Куценко В. А. — м.н.с. лаборатории биостатистики отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0001-9844-3122, Марданов Б. У. — к.м.н., с.н.с. отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0002-8820-9436, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

Comparative analysis of a survey of out- and inpatient physicians on secondary prevention of noncommunicable diseases

Mamedov M. N., Kutsenko V. A., Mardanov B. U., Drapkina O. M.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

Aim. To determining the potential of secondary prevention of noncommunicable diseases (NCDs) at the outpatient and inpatient stages by conducting a cross-sectional medical and social survey of a cohort of physicians from various Russian cities.

Material and methods. Physicians from outpatient clinics (16 cities, 545 physicians) and hospitals (13 cities, 151 physicians) took part in the cross-sectional study. The survey was carried out using an original questionnaire, in the development of which experts from the National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine and public health professionals took part. The questionnaire consisted of 9 questions, including sex and age characteristics, frequency of various nosological units, medication adherence, subsidized drug provision, interaction with outpatient doctors, and staffing of doctors and mid-level personnel. Answers were offered for each question in several gradations. Depending on the population size, the cities were divided into 4 following subgroups: population >2 million people, 1-2 million people, 0.4-1 million people and <400 thousand people.

Results. According to the obtained results, in outpatients clinics and hospitals, coronary artery disease ranks first in terms of the frequency of adult population visits and accounts for ~40% of NCDs. Patients with a diagnosis of heart failure are 1.4 times more likely to visit hospitals compared to outpatient clinics. The frequency of detection of other chronic diseases in outpatient clinics and hospitals has a similar picture and in total amounts to 50% of visits for NCDs. Among hospitalized patients, persons of both sexes aged 65 years dominate, while at the outpatient level it is <2 times. Patients aged 60-64 years, regardless of sex, equally often seek outpatient and inpatient care. Subsidized provision of essential drugs in every second case is provided at a satisfactory level (50-75%). A comparable number of patients receive drugs up to 50% of cases. Every second patient is not adherent to drug and non-drug therapy to varying degrees, and the opinion of out- and inpatient physicians is comparable. It should be noted that in outpatient

clinics, the understaffing of doctors and paramedical personnel reaches 50%.

Conclusion. Given the dominant position of cardiovascular diseases among the causes of hospitalization and outpatient care due to older age groups, outpatient follow-up and care among high-risk individuals should be improved. Among the priorities of secondary prevention of NCDs, an important place is occupied by improving educational work to increase patient adherence to drug correction and achieving target levels of the main risk factors. Optimization of material and technical support, including drug provision of health facilities, as well as improving the staffing of doctors and nursing staff play a key role in managing secondary prevention in primary health care.

Keywords: noncommunicable diseases, secondary prevention, outpatient clinic, hospital, survey.

Relationships and Activities: none.

Mamedov M. N.* ORCID: 0000-0001-7131-8049, Kutsenko V. A. ORCID: 0000-0001-9844-3122, Mardanov B. U. ORCID: 0000-0002-8820-9436, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author: mmamedov@mail.ru

Received: 05/02-2025

Revision Received: 13/02-2025

Accepted: 11/03-2025

For citation: Mamedov M. N., Kutsenko V. A., Mardanov B. U., Drapkina O. M. Comparative analysis of a survey of out- and inpatient physicians on secondary prevention of noncommunicable diseases. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2025;24(5):4348. doi: 10.15829/1728-8800-2025-4348. EDN ERANZZ

ДН — диспансерное наблюдение, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), обусловленные атеросклерозом, сахарный диабет (СД) 2 типа, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и онкологические заболевания занимают важное место в потере трудоспособности и развитии фатальных осложнений среди взрослого населения во всем мире [1]. В развитых странах онкологические заболевания стремительно завоевали лидерство по развитию фатальных осложнений среди всех хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), тогда в как развивающихся, по-прежнему, первое место занимают осложнения ССЗ. В развитии летальных осложнений необходимо также учитывать коморбидность основных ХНИЗ [2].

Технический прогресс в начале ХХI в привел к расширению возможностей медицины, сделав доступным лечение ранее фатальных болезней и доклиническую диагностику многих хронических

заболеваний. В то же время, результаты медицинской помощи значительно отличаются от ожидаемых с учетом уровня развития медицинских знаний.

Известно, что повышение продолжительности жизни и снижение смертности зависят не только от первичной профилактики, но и от эффективной вторичной профилактики ХНИЗ [3]. Профилактика ХНИЗ, в частности эффективность вторичной профилактики, определяется рядом факторов, среди которых организация медико-санитарной помощи в первичном звене здравоохранения, играет важную роль [4].

Основная часть вторичной профилактики ХНИЗ осуществляется на амбулаторном этапе первичного звена здравоохранения, т.к. медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в острых случаях и при обострении ХНИЗ [5]. Тем не менее, стационарный этап лечения существенно

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Технический прогресс в начале XXI в привел к расширению возможностей медицины, сделав доступным излечение ранее фатальных болезней и доклиническую диагностику многих хронических заболеваний.
- Повышение продолжительности жизни и снижение смертности зависит не только от первичной профилактики, но и от организации эффективной вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

Что добавляют результаты исследования?

- Среди причин госпитализации сердечно-сосудистые заболевания занимают основное место, что требует улучшения диспансеризации и амбулаторной помощи среди лиц высокого сердечно-сосудистого риска.
- Среди приоритетов вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний важное место занимает улучшение просветительской работы по увеличению приверженности пациентов к медикаментозной коррекции и достижение целевых уровней основных факторов риска.
- Оптимизация материально-технического обеспечения, а также улучшение укомплектованности штатного расписания врачами и средним медперсоналом являются важным звеном в организации вторичной профилактики в первичном звене здравоохранения.

Key messages

What is already known about the subject?

- Technological progress in the early 21st century has led to an enhancement of medicine capabilities, making it possible curing previously fatal diseases and preclinical diagnosing many chronic diseases.
- Increasing life expectancy and reducing mortality depend not only on primary prevention, but also on the organization of effective secondary prevention of noncommunicable diseases.

What might this study add?

- Among the causes of hospitalization, cardiovascular diseases occupy the main place, which requires improving medical examination and outpatient care among people at high cardiovascular risk.
- Among the priorities of secondary prevention of noncommunicable diseases, an important place is occupied by improving educational work to increase patient adherence to drug correction and achieving target levels of major risk factors.
- Optimization of material and technical support, as well as improving the staffing of doctors and nursing staff are an important link in the organization of secondary prevention in primary health care.

влияет на ряд важных индикаторов, включая приверженность к терапии и самоконтролю на амбулаторном этапе лечения, и, в конечном итоге, на прогноз жизни.

К другим факторам определяющие эффективность вторичной профилактики ХНИЗ относятся технического обеспечения для диагностических и лечебных процедур, рациональной терапии, в т.ч. льготного лекарственного обеспечения, достижения целевых уровней факторов риска, укомплектованности медицинским персоналом, взаимодействия между стационарами и поликлиниками [6].

Оценка возможностей вторичной профилактики ХНИЗ на амбулаторных и стационарных этапах первичного звена здравоохранения с помощью проведения медико-социологического опроса среди врачей в различных городах Российской Федерации (РФ) может быть использована для оптимизации оказания медицинской помощи. Сравнительный анализ мнения врачей из поликлиник и стационаров также позволяет получить полную картину реализации вторичной профилактики ХНИЗ.

Цель настоящего исследования — определение возможностей вторичной профилактики ХНИЗ на амбулаторном и стационарном этапах лечения с помощью проведения одномоментного медико-социального опроса когорты врачей из различных городов РФ.

Материал и методы

В одномоментном исследовании принимали участие врачи поликлиник и стационаров из 16 и 13 городов РФ, соответственно. Всего в исследовании приняли участие 696 врачей терапевтического профиля: 545 из поликлиник и 151 из стационаров. Опрос был осуществлен по ранее подготовленной анкете, в разработке которой принимали участие эксперты из "НМИЦ ТПМ" и организаторы здравоохранения первичного звена здравоохранения. Анкета состоит из 9 вопросов:

1. Частота обращаемости пациентов в зависимости от пола и возрастного диапазона.

2. Частота обращаемости по следующим ХНИЗ: хронические формы ишемической болезни сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), СД 2 типа, ХОБЛ и онкологические заболевания.

Таблица 1

Распределение по возрасту пациентов,
наблюдающихся в поликлиниках и стационарах, n (%)

Возрастные диапазоны, лет	30-39	40-49	50-59	60-64	≥65
Мужчины					
Все города (поликлиника)	18 (3,0)	76 (12,8)	221 (37,3)	178 (30,0)	100 (16,9)
Все города (стационар)	2 (1,6)	4 (3,2)	22 (17,7)	35 (28,2)	61 (49,2)
Женщины					
Все города (поликлиника)	17 (2,9)	76 (12,8)	183 (30,9)	171 (28,8)	146 (24,6)
Все города (стационар)	1 (0,9)	3 (2,9)	14 (13,6)	37 (35,9)	48 (46,6)

Таблица 2

Распределение по типам заболеваний
в поликлинических и стационарных условиях, n (%)

Города с разной численностью населения	Хронические формы ИБС	ХСН	СД 2 типа	ХОБЛ	Онкологические заболевания
>2 млн (поликлиника)	136 (41,0)	28 (8,4)	76 (22,9)	37 (11,1)	55 (16,6)
>2 млн (стационар)	15 (22,7)	22 (33,3)	9 (13,6)	6 (9,1)	14 (21,2)
1-2 млн (поликлиника)	89 (37,6)	73 (30,8)	48 (20,3)	11 (4,6)	16 (6,8)
1-2 млн (стационар)	38 (39,6)	26 (27,1)	19 (19,8)	10 (10,4)	3 (3,1)
400 тыс. — 1 млн (поликлиника)	136 (33,9)	78 (19,5)	105 (26,2)	31 (7,7)	51 (12,7)
400 тыс. — 1 млн (стационар)	30 (46,2)	19 (29,2)	13 (20)	3 (4,6)	0 (0)
<400 тыс. (поликлиника)	99 (47,8)	29 (14,0)	37 (17,9)	29 (14,0)	13 (6,3)
<400 тыс. (стационар)	10 (24,4)	10 (24,4)	9 (22)	10 (24,4)	2 (4,9)
Все города (поликлиника)	460 (39,1)	208 (17,7)	266 (22,6)	108 (9,2)	135 (11,5)
Все города (стационар)	93 (34,7)	77 (28,7)	50 (18,7)	29 (10,8)	19 (7,1)

3. Охват пациентов льготным лекарственным обеспечением.

4. Оценка приверженности к немедикаментозной терапии.

5. Оценка приверженности к медикаментозной терапии.

6. Достижение целевых уровней основных факторов риска (ФР).

7. Удовлетворенность взаимодействием между врачами поликлиник и стационаров.

8. Укомплектованность штатного расписания врачами для осуществления вторичной профилактики в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

9. Укомплектованность штатного расписания средним медперсоналом для осуществления вторичной профилактики в ЛПУ.

На каждый вопрос предлагались ответы в нескольких градациях.

В зависимости от численности населения города были распределены на 4 подгруппы:

— население >2 млн человек (Москва и Санкт-Петербург);

— население 1-2 млн человек (Ростов-на-Дону, Краснодар, Красноярск, Омск);

— население 400 тыс. — 1 млн человек (Ульяновск, Пенза, Курск, Киров, Томск);

— население <400 тыс. человек (Нальчик, Иваново).

Статистический анализ проведен в среде анализа данных R 4.1. Качественные показатели описаны относительными частотами в процентах. Оценка различий между двумя независимыми группами для дискретных

параметров проводилась при помощи точного критерия Фишера. Поправка на множественные сравнения не проводилась. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Анализ возрастных особенностей пациентов по обращаемости в зависимости от пола

Анализ возрастных особенностей по обращаемости в стационар и поликлинику (таблица 1) демонстрирует, что в стационаре лечатся чаще всего мужчины в возрасте ≥65 лет (49,2%), второе место занимают мужчины в возрасте 60-64 года (28,2%), тогда как в поликлиниках по обращаемости преобладают мужчины в возрасте 50-59 лет (37,3%) и 60-64 года (30,0%). В городах с различной численностью населения наблюдаются некоторые особенности. В частности, в городах с населением 1-2 млн и >2 млн среди госпитализированных пациентов ~60% составляют мужчины ≥65 лет, что в несколько раз больше по сравнению с поликлиниками ($p < 0,001$). Необходимо отметить, что среди пациентов в стационарах и поликлиниках численность мужчин в возрасте 60-64 лет в городах с различной численностью населения оказалась сопоставима ($p = 0,641$). В мегаполисах и в городах с населением 1-2 млн обращаемость мужчин в поликлиники в несколько раз выше по сравнению с частотой госпитализации ($p < 0,001$ в обоих случаях). Между

Таблица 3

Распределение по охвату льготными лекарственными препаратами, n (%)

Критерий	Не обеспечиваются	<50% пациентов	50-75% пациентов	100% пациентов
Все города (поликлиника)	75 (13,2)	160 (28,2)	265 (46,7)	67 (11,8)
Все города (стационар)	36 (5,6)	195 (30,3)	286 (44,4)	127 (19,7)

Таблица 4

Распределение по типам приверженности к немедикаментозному и медикаментозному лечению, n (%)

Критерий	Немедикаментозная приверженность от общего числа			Медикаментозная приверженность от общего числа		
	Частичная приверженность	Частичная не приверженность	Полная не приверженность	Частичная приверженность	Частичная не приверженность	Полная не приверженность
Все города (поликлиника)	388 (28,1)	221 (16,0)	76 (5,5)	426 (30,9)	240 (17,4)	29 (2,1)
Все города (стационар)	63 (23,7)	52 (19,5)	21 (7,9)	84 (31,6)	41 (15,4)	5 (1,9)

группами в возрасте 30-39 лет и 40-49 лет по обращаемости в стационар и поликлинику в различных городах статистически значимых различий не выявлено ($p=1,000$ и $p=0,081$, соответственно).

По средним показателям среди госпитализированных женщин 47% находятся в возрасте ≥ 65 лет, тогда как обращаемость женщин идентичного возраста в поликлинику оказалась почти в 2 раза меньше ($p<0,001$). Среди госпитализированных женщин доля лиц в возрастном диапазоне 50-59 лет оказалась в 2 раза меньше по сравнению с обращением за амбулаторной помощью ($p<0,001$), тогда как различия в возрастном диапазоне 60-64 года не выявлены ($p=0,162$). Женщины в возрастном диапазоне 30-39 лет и 40-49 лет имеют меньшую долю среди обратившихся за амбулаторной помощью, чем среди обратившихся в стационар ($p=0,497$ и $p=0,002$, соответственно).

В мегаполисах женщины в возрасте ≥ 65 лет в 7 раз чаще обращаются за стационарной помощью по сравнению с амбулаторной помощью ($p<0,001$). В городах с меньшей численностью населения в этом возрастном диапазоне различия менее выражены, хотя носят статистически значимый характер ($p=0,016$). В возрасте 50-59 лет в мегаполисах и малых городах женщины в 4 раза чаще обращаются в поликлинику по сравнению со стационарами ($p<0,001$). В городах с различной численностью женщины в возрасте 30-39 лет и 40-49 лет обращаются в основном за амбулаторной помощью ($p<0,001$).

Структура ХНИЗ по обращаемости в стационар и поликлинику

По средним показателям частота обращаемости в стационар и поликлинику (таблица 2) по поводу хронических форм ИБС заняла первое место среди всех ХНИЗ и оказалась сопоставимой ($p=0,187$), тогда как по поводу ХСН пациенты госпитализировались на 40% чаще по сравнению с амбулаторным обращением ($p<0,001$). Частота обращения по по-

воду СД 2 типа и ХОБЛ для стационарной и амбулаторной помощи оказалась сопоставимой ($p=0,165$ и $p=0,419$, соответственно). Обращает на себя внимание тот факт, что в мегаполисах и малых городах частота обращаемости в стационар по поводу ИБС примерно в 2 раза ниже по сравнению с амбулаторным обращением ($p=0,037$), тогда как обращаемость по поводу ХСН имеет обратную тенденцию ($p<0,001$). В мегаполисах по поводу СД 2 типа в поликлинику обращаются чаще, нежели в стационар, однако это различие оказалось незначимо ($p=0,229$). По остальным ХНИЗ по частоте амбулаторной и стационарной обращаемости в городах с различной численностью населения различия не достигли статистической значимости ($p=0,353$).

Охват льготными лекарственными препаратами

По частоте льготного лекарственного обеспечения в амбулаторном и стационарном этапах лечения имелись статистически значимые различия ($p<0,001$). В стационарах и поликлиниках в каждом втором случае осуществляется охват льготными препаратами в 50-75% случаев (таблица 3). Меньшее обеспечение лекарственными препаратами ($<50\%$) наблюдается в каждом 3-4-м случае. 100%-ное обеспечение лекарственными препаратами осуществляется в каждом 6-м случае. В каждом 10-м случае вовсе нет льготного охвата лекарственными препаратами. В мегаполисах 50-75%-ное обеспечение лекарственными препаратами в стационарах в 2 раза выше по сравнению с поликлиниками ($p<0,001$), тогда как 100%-ный охват лекарствами несколько лучше в поликлиниках ($p<0,001$). Аналогичная ситуация наблюдается в городах с численностью населения <1 млн человек ($p=0,001$).

Приверженность к немедикаментозной и медикаментозной терапии

Приверженность к терапии была разделена на два блока: немедикаментозная и медикаментозная.

Таблица 5

Распределение по достижениям целевых уровней основных ФР ХНИЗ, n (%)

Показатель	Достижение целевого уровня			
	25%	50%	75%	100%
Все города (поликлиника)	41 (6,0)	141 (20,7)	455 (66,8)	44 (6,5)
Все города (стационар)	6 (4,8)	24 (19)	81 (64,3)	15 (11,9)

Примечание: ФР — факторы риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания.

Таблица 6

Распределение по взаимодействию между врачами поликлиник и стационаров, n (%)

Города	Не удовлетворен	Удовлетворен в <50% случаев	Удовлетворен в <75% случаев	Удовлетворен в <100% случаев
Все города (поликлиника)	37 (6,5)	149 (26,0)	279 (48,7)	108 (18,8)
Все города (стационар)	17 (15,5)	33 (30)	47 (42,7)	13 (11,8)

В стационарах неприверженность к немедикаментозной терапии суммарно составила 51,1%, а в поликлиниках — 49,6% (таблица 4). Среди трех степеней неприверженности (частичная неприверженность, полная неприверженность и частичная приверженность), преобладает частичная приверженность, второе место занимает частичная неприверженность. Полная неприверженность в стационарах и поликлиниках составляет <10%. В поликлиниках частичная приверженность к немедикаментозной коррекции больше на 40% по сравнению с частичной неприверженностью. В стационарах такого различия не выявлено. В целом, по неприверженности к немедикаментозной коррекции той или иной степени стационары и поликлиники оказались сопоставимы ($p=0,301$). В мегаполисах полная неприверженность и в стационарах, и в поликлиниках выявляется чаще, нежели в малых городах ($p<0,001$). В малых городах частичная приверженность больше в 2 раза по сравнению с мегаполисами.

Ситуация по неприверженности к медикаментозной коррекции идентична с немедикаментозной коррекцией. В частности, по частичной приверженности, которая составляет значительную часть этого показателя (~31%), стационары и поликлиники сопоставимы ($p=0,546$). Полная неприверженность составляет ~2%, тогда как частичная неприверженность выявляется до 18% случаев. Различия между городами с различной численностью населения по приверженности и неприверженности как в стационарах, так и в поликлиниках отсутствуют ($p=0,542$).

Достижение целевых уровней основных ФР ХНИЗ

Полученные результаты свидетельствуют, что 100%-ное достижение целевых уровней основных ФР в стационарах отмечается в каждом 10-м случае, тогда как в поликлиниках этот уровень достигается в <7% случаев (таблица 5). По мнению врачей стационаров и поликлиник, основная часть пациентов (до 70%) достигают целевых уровней ФР в 75%

случаев, а каждый 5-й пациент достигает целевых уровней ФР в 50% случаев. Низкий уровень достижения целевых уровней ФР отмечают в <10% случаев, как в стационарах, так и поликлиниках.

В мегаполисах и в городах с населением <1 млн человек в стационарах целевые уровни ФР достигаются чаще, чем в поликлиниках. На амбулаторном и стационарном этапах лечения в большинстве случаев во всех городах отмечается достижение целевых уровней ФР в 75%. В каждом 5-м случае в городах со средней численностью населения целевые уровни достигаются в 50%, что сопоставимо на обоих уровнях оказания медицинской помощи. Низкая степень достижения целевых уровней в первичном звене здравоохранения сопоставима во всех городах ($p=0,683$).

Удовлетворенность взаимодействия между врачами поликлиник и стационаров

Одним из анализируемых показателей была удовлетворенность взаимодействием между профильными врачами стационаров и поликлиник. 100%-ную удовлетворенность взаимодействием отмечают 19% поликлинических врачей, тогда как подобную оценку дают 12% стационарных врачей (таблица 6). Каждый второй врач поликлиники и стационара заявляет об удовлетворенности в <75% случаев. Об удовлетворенности взаимодействием в <50% случаев утверждает каждый 4-й врач стационара и поликлиники. Неудовлетворенность взаимодействием отмечают <20% врачей, причем, этот показатель среди врачей стационара выше по сравнению с врачами поликлиник ($p=0,003$).

В малых городах каждый 4-й стационарный врач заявляет о 100%-ной удовлетворенности, тогда как врачи поликлиник в 2 раза меньше констатируют полную удовлетворенность взаимодействием ($p=0,228$). В остальных городах поликлинические врачи несколько чаще выражают полную удовлетворенность взаимодействием с коллегами из стационаров. В малых городах каждый второй врач

Таблица 7

Распределение по укомплектованности штатного расписания врачами, n (%)

Показатель	50%-ная укомплектованность	75%-ная укомплектованность	100%-ная укомплектованность
>2 млн (поликлиника)	15 (30,0)	15 (30,0)	20 (40,0)
>2 млн (стационар)	5 (25)	4 (20)	11 (55)
1-2 млн (поликлиника)	93 (56,4)	38 (23,0)	34 (20,6)
1-2 млн (стационар)	11 (26,2)	5 (11,9)	26 (61,9)
400 тыс. — 1 млн (поликлиника)	90 (43,5)	87 (42,0)	30 (14,5)
400 тыс. — 1 млн (стационар)	8 (21,6)	16 (43,2)	13 (35,1)
<400 тыс. (поликлиника)	8 (12,1)	21 (31,8)	37 (56,1)
<400 тыс. (стационар)	2 (14,3)	5 (35,7)	7 (50)
Все города (поликлиника)	206 (42,2)	161 (33,0)	121 (24,8)
Все города (стационар)	26 (23)	30 (26,5)	57 (50,4)

Таблица 8

Распределение по укомплектованности штатного расписания средним медперсоналом, n (%)

Показатель	50%-ная укомплектованность	75%-ная укомплектованность	100%-ная укомплектованность
>2 млн (поликлиника)	20 (44,4)	8 (17,8)	17 (37,8)
>2 млн (стационар)	5 (25)	4 (20)	11 (55)
1-2 млн (поликлиника)	53 (49,5)	21 (19,6)	33 (30,8)
1-2 млн (стационар)	13 (32,5)	7 (17,5)	20 (50)
400 тыс. — 1 млн (поликлиника)	84 (41,4)	80 (39,4)	39 (19,2)
400 тыс. — 1 млн (стационар)	4 (11,8)	15 (44,1)	15 (44,1)
<400 тыс. (поликлиника)	9 (13,8)	26 (40,0)	30 (46,2)
<400 тыс. (стационар)	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)
Все города (поликлиника)	166 (39,5)	135 (32,1)	119 (28,3)
Все города (стационар)	24 (22,4)	33 (30,8)	50 (46,7)

поликлиники заявляет об удовлетворенности взаимодействием в <75% случаев, что больше в 2 раза по сравнению с идентичным мнением стационарных врачей, однако различия не достигли статистической значимости ($p=0,097$). Мнение стационарных и поликлинических врачей по частоте удовлетворенности взаимодействием в <50% случаев в городах с разной численностью населения оказалось сопоставимо ($p=0,410$). В мегаполисах и малых городах стационарные врачи в 3-4 раза чаще заявляют о неудовлетворенности взаимодействием с поликлиническими врачами ($p<0,001$).

Укомплектованность штатным расписанием врачей и среднего медицинского персонала в поликлиниках и стационарах

Укомплектованность штатного расписания врачей в стационарах и поликлиниках имеет некоторые особенности (таблица 7). В частности, в стационарах 100%-ная укомплектованность врачами больше в 2 раза по сравнению с поликлиниками ($p<0,001$), а 50%-ная укомплектованность — меньше в 1,5 раза ($p<0,001$). По 75%-ной укомплектованности штатного расписания врачами оба типа учреждений первичного звена здравоохранения сопоставимы ($p=0,217$).

В городах с численностью населения 400 тыс. — 1 млн и 1-2 млн человек укомплектованность врачами в стационарах больше в 2-3 раза по сравнению с поликлиниками ($p=0,004$ и $p<0,001$, соответственно). Следовательно, 50%-ная укомплектованность врачами в поликлиниках этих городов выявляется в 2 раза чаще по сравнению со стационарами ($p=0,017$).

Аналогичная картина наблюдается по укомплектованности средним медицинским персоналом в первичном звене здравоохранения (таблица 8). В частности, в стационарах 100%-ная укомплектованность больше в 1,5 раза по сравнению с поликлиниками ($p<0,001$). Аналогичная частота в обратном порядке наблюдается в 50%-ной укомплектованности ($p=0,001$). В каждом 3-м случае в стационарах и поликлиниках отмечается 75%-ная укомплектованность средним медперсоналом. В крупных городах и мегаполисах в стационарах укомплектованность несколько лучше по сравнению с поликлиниками, тогда как в малых городах 100%-ная укомплектованность средним медперсоналом в поликлиниках больше в 1,5 раза по сравнению со стационарами, однако различия не достигают статистической значимости ($p=0,094$ и $p=0,370$).

соответственно). Необходимо отметить, что в городах с населением <1 млн человек в каждом втором случае как в стационарах, так и в поликлиниках наблюдается 75%-ная укомплектованность. В поликлиниках крупных городов в каждом втором случае отмечается 50% укомплектованность средним медицинским персоналом.

Обсуждение

Проблемы качества медицинской помощи имеют объективные причины, которые отражаются на проведении вторичной профилактики ХНИЗ в первичном звене здравоохранения. Среди них необходимо подчеркнуть старение населения и увеличение доли хронических заболеваний, трудности в управлении процессами ведения больных, нехватку квалифицированных медицинских кадров, увеличение объема медицинской информации, недостаточность финансирования здравоохранения на фоне удорожания и усложнения лечения. В западных странах улучшение качества медицинской помощи признано национальной задачей, для решения которой в настоящее время проводится комплекс мероприятий, финансируемых правительствами этих стран. В последние годы в России на федеральном уровне также применяются целевые программы по борьбе с хроническими заболеваниями и улучшению качества медицинской помощи [7]. Для получения существенных результатов эти проекты должны реализовываться непрерывно и длительно.

Объективные и субъективные оценки качества медицинской помощи затрагивают различные характеристики. Оценка качества медицинской помощи с помощью объективных критериев основана на использовании показателей деятельности медицинского учреждения и состояния здоровья пациентов. При оценке качества медицинской помощи со стороны медицинского персонала учитывается в основном: уровень профессионализма врачей и медицинских сестер, а также оснащенность рабочего места современным высокотехнологичным лечебно-диагностическим оборудованием, инструментарием, медикаментами [8]. Другими словами, мониторинг оказания медицинской помощи и анализ мнения врачей первичного звена здравоохранения может быть использован в оптимизации проведения лечебных и профилактических мер как в поликлинических, так и в стационарных условиях.

Настоящее исследование проведено в виде одномоментного опроса когорты врачей из поликлиник и стационаров из различных городов РФ. Результаты представлены в виде анализа как общих сводных данных, так и городов в 4 категориях, сгруппированных по численности населения. Однако при этом нельзя исключать влияние социально-экономической ситуации различных

регионов на уровень оказания медицинской помощи населению. Также обращает на себя внимание тот факт, что ~70% врачей, принимавших участие в опросе, были из городов со средней численностью населения.

Анкета для опроса составлена таким образом, что учитывались несколько важных направлений для оценки возможностей и ограничений вторичной профилактики ХНИЗ. К ним относятся определение частоты различных ХНИЗ и половозрастных особенностей пациентов, лекарственное обеспечение и приверженность к терапии, взаимодействие врачей из стационаров и поликлиник, а также кадровое обеспечение ЛПУ.

Результаты настоящего исследования представлены в виде сравнения мнений врачей из поликлиник и стационаров по различным аспектам опроса. В целом, мнение врачей по частоте обращаемости по поводу основных ХНИЗ в стационары и поликлиники совпадает с федеральными и региональными статистическими данными [9]. По данным диспансерного наблюдения (ДН) в субъектах РФ в структуре нозологических форм заболеваний стабильная ИБС (исключение составляли: стенокардия III-IV функционального класса в трудоспособном возрасте; перенесенный инфаркт миокарда и его осложнения в течение 12 мес. после оказания медицинской помощи в стационарных условиях; период после оказания высокотехнологичных методов лечения, включая кардиохирургические вмешательства, в течение 12 мес. после оказания медицинской помощи в стационарных условиях) составила 16,6%, а СД 2 типа — 11,1% [3].

Согласно полученным результатам, в поликлиниках и стационарах по частоте обращаемости взрослого населения ИБС заняла первое место, составив ~40% среди ХНИЗ. Другое ССЗ, ХСН, является более частым поводом обращения в стационары, что в 1,4 раза чаще по сравнению с обращаемостью в поликлинику; это может быть связано не только клиническим течением ХСН, но и недостаточно эффективным его лечением в амбулаторных условиях.

Частота других хронических заболеваний в поликлиниках и стационарах имеет схожую картину и в совокупности составляет до 50% от обращаемости по поводу ХНИЗ. Среди них каждый второй случай приходится на долю СД 2 типа с наличием макро- и микрососудистых осложнений или без них.

В настоящее время демографическая ситуация в РФ характеризуется увеличением численности лиц пожилого и старческого возраста [10]. Анализ половозрастных особенностей пациентов демонстрирует, что среди госпитализированных пациентов, вне зависимости от пола, доминируют мужчины и женщины в возрасте ≥65 лет, тогда как на амбулаторном уровне их обращаемость в 2 раза

реже. Эти данные свидетельствуют о том, что указанная возрастная группа относится к группе высокого риска развития осложнений и нуждается в эффективном контроле в амбулаторных условиях. Интересно, что пациенты в возрасте 60-64 лет, вне зависимости от гендерной принадлежности, одинаково часто обращаются за амбулаторной и стационарной помощью. Эта возрастная категория также требует более тщательной амбулаторной помощи, что позволит уменьшить частоту госпитализации по поводу различных ХНИЗ. По российским данным, число госпитализаций по поводу обострения заболевания среди пациентов, состоящих на ДН у участкового врача-терапевта, составляет >4% от общего числа лиц, состоящих на ДН, из них было госпитализировано 34,5% пациентов трудоспособного возраста и 65,5% пациентов старше трудоспособного возраста [3]. Мужчины и женщины в возрасте 50-59 лет в 2 раза чаще обращаются в поликлиники по сравнению с обращаемостью в стационары. Обращает на себя внимание тот факт, что частота обращаемости в поликлинику лиц в возрасте 30-39 лет и 40-49 лет значительно меньше, чем лиц более старшего возраста. Хорошо известно, что доклинический период и клиническая манифестация ХНИЗ встречаются именно в этих возрастных диапазонах, следовательно, раннее выявление и профилактика осложнений могли бы сократить число госпитализаций в дальнейшем. В итоге это повлияет и на прогноз жизни пациентов.

Достижение целевых уровней основных ФР ХНИЗ является индикатором эффективности и стабильности клинического состояния лиц с различными ХНИЗ. При этом необходимо учитывать универсальность влияния ФР на основные ХНИЗ [2]. За последние годы показатели достижения целевых показателей ФР в России значительно улучшились, что связано с увеличением медицинской грамотности населения и доступности лекарственных препаратов. Обеспечение льготными препаратами пациентов с ХНИЗ является одним из важных положительных факторов, влияющих на приверженность терапии и улучшение клинического состояния. Согласно опросу врачей, льготное обеспечение важными препаратами в каждом втором случае находится на удовлетворительном уровне (50-75%), тогда как такое же количество пациентов получают препараты до 50% случаев. По данным регистра РЕКВАЗА (РЕгистр КардиоВАСкулярных ЗАболеваний) льготными лекарствами при ССЗ на момент включения в исследование пользовались 16,7% больных vs 33,1% в предыдущие годы ($p < 0,001$), т.е. доля пациентов, пользующихся системой льготного лекарственного обеспечения, уменьшилась в 2 раза [11].

Важно отметить, что каждый второй пациент не привержен к медикаментозной и немедикамен-

тозной терапии в различной степени, причем мнение врачей из стационаров и поликлиник сопоставимо. При таких обстоятельствах достижение целевых уровней основных ФР ХНИЗ у большинства пациентов до 75% является субъективной и даже оптимистической оценкой со стороны врачей. Допускается, что в стационарах, в условиях непрерывного контроля, подобные показатели могут быть достижимыми, но при длительном амбулаторном лечении эти цифры несколько преувеличены. По данным исследования ЭССЕ-РФ 3 (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации. Третье обследование) (выборка населения 15 регионов РФ 35-74 лет с откликом >70%; $n=28611$) эффективность лечения артериальной гипертензии составляет 44,0%, выше среди женщин в сравнении с мужчинами: 48,2 vs 37,4%, и снижается с возрастом [12].

По данным опроса, в качестве еще одного позитивного момента можно выделить хорошее взаимодействие между врачами стационаров и поликлиник.

Кадровый вопрос был и остается проблемой первичного звена здравоохранения. Несмотря на ряд проведенных организационных мероприятий, добиться качественного улучшения ситуации пока не удастся. В целом, отмечается нехватка узких врачей-специалистов по отдельным врачебным специальностям и нарушение баланса кадрового обеспечения. Решение этих проблем осложняется ограничением финансирования, большой протяженностью ряда территорий и особенностями проживания населения на данных территориях [13].

По данным настоящего опроса ситуация в стационарах несколько лучше по сравнению с поликлиниками. Возможно, важную роль играют оплата труда, условия труда и требуемое число штатного обеспечения. Необходимо отметить, что в поликлиниках не хватает врачей и среднего медперсонала до 50% случаев. Очевидно, что вопросы качества медицинской помощи не могут быть решены без наличия квалифицированных кадров в нужном количестве [13]. С целью решения вопроса кадрового обеспечения в первичном звене здравоохранения реализуется федеральный проект "Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами" и, возможно, комплекс мер в будущем даст позитивный результат.

Ограничение исследования. Настоящий одномоментный опрос проведен среди когорты врачей из стационаров и поликлиник 16 городов РФ, которые согласились принимать участие в этом проекте.

Заключение

С учетом лидирующей позиции ССЗ среди причин госпитализации и амбулаторной помощи, в первую очередь, за счет старших возрастных

групп, необходимо улучшить диспансеризацию и амбулаторную помощь среди лиц высокого риска. Среди приоритетов вторичной профилактики ХНИЗ важное место занимает улучшение просветительской работы по увеличению приверженности пациентов к медикаментозной коррекции и достижению целевых уровней основных ФР. Оптимизация материально-технического обеспечения, в т.ч. лекарственным обеспечением лечебных учрежде-

ний, а также улучшение укомплектованности штатного расписания врачами и средним медперсоналом также является важным звеном в организации вторичной профилактики в первичном звене здравоохранения, в первую очередь в поликлиниках.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Budreviciute A, Damiani S, Sabir DK, et al. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front Public Health*. 2020;8:574111. doi:10.3389/fpubh.2020.574111.
2. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
3. Drozdova LY, Ivanova ES, Egorov VA, et al. Assessment of the quality of secondary prevention of chronic non-communicable diseases within the framework of dispensary observation of the population of the constituent entities of the Russian Federation. *Preventive medicine*. 2020;23(6-2):21-5. (In Russ.) Дроздова Л. Ю., Иванова Е. С., Егоров В. А. и соавторы. Оценка качества вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансерного наблюдения населения субъектов Российской Федерации. Профилактическая медицина. 2020;23(6-2):21-5. doi:10.17116/profmed20202306221.
4. McEvoy JW, Jennings C, Kotseva K, et al. Variation in secondary prevention of coronary heart disease: the INTERASPIRE study. *Eur Heart J*. 2024;45(39):4184-96. doi:10.1093/eurheartj/ehae558.
5. Mohan S, Khunti K, Prabhakaran D. Principles for the prevention and control of non-communicable disease. *Nat Med*. 2023;29(7):1598-600. doi:10.1038/s41591-023-02368-7.
6. Mamedov MN, Kutsenko VA, Drapkina OM. Potential and limitations of secondary prevention of noncommunicable diseases: data from a survey of Russian outpatient physicians. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(8):4067. (In Russ.) Мамедов М. Н., Куценко В. А., Драпкина О. М. Возможности и ограничения реализации вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний по данным опроса российских врачей амбулаторного звена здравоохранения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(8):4067. doi:10.15829/1728-8800-2024-4067.
7. Skvortsova VI, Trifonova NYu, Alekseeva GS. Validity of the implementation of innovations in the current conditions of restructuring of the city clinical hospital. Moscow: Sam Polygraphist; 2013. 100 p. (In Russ.) Скворцова В. И., Трифонова Н. Ю., Алексеева Г. С. Обоснованность внедрения инноваций в современных условиях реструктуризации городской клинической больницы. Москва: Сам Полиграфист; 2013. 100 с.
8. Trifonova NYu, Gabrielyan AR, Kasapov KI. Assessment of the quality of medical care in health care institutions at the present stage. *Social aspects of population health*. 2013;1:1-8. (In Russ.) Трифонова Н. Ю., Габриелян А. Р., Касапов К. И. Оценка качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях на современном этапе. Социальные аспекты здоровья населения. 2013;1:1-8.
9. Regions of Russia. Socio-economic indicators. Statistical collection. Rosstat. Moscow, 2022. 1122 p. (In Russ.) Регионы России. Социально-экономические показатели. Статистический сборник. Росстат. Москва, 2022. 1122 с.
10. Ryazapova EV, Narkevich AN, Vinogradov KA, et al. Structure of hospitalized morbidity of elderly and senile patients. *Healthcare Manager*. 2020;4:20-7. (In Russ.) Рязанова Е. В., Наркевич А. Н., Виноградов К. А. и др. Структура госпитализированной заболеваемости пациентов пожилого и старческого возраста. Менеджер здравоохранения. 2020;4:20-7.
11. Boytsov SA, Luk'yanov MM, Yakushin SS, et al. Cardiovascular diseases registry (RECVAZA): diagnostics, concomitant cardiovascular pathology, comorbidities and treatment in the real outpatient-policlinic practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;13(6):44-50. (In Russ.) Бойцов С. А., Лукьянов М. М., Якушин С. С. и др. Регистр кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13(6):44-50. doi:10.15829/1728-8800-2014-6-3-8.
12. Balanova YuA, Drapkina OM, Kutsenko VA, et al. Hypertension in the Russian population during the COVID-19 pandemic: sex differences in prevalence, treatment and its effectiveness. Data from the ESSE-RF3 study. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(8S):3785. (In Russ.) Баланова Ю. А., Драпкина О. М., Куценко В. А. и др. Артериальная гипертония в российской популяции в период пандемии COVID-19: гендерные различия в распространенности, лечении и его эффективности. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(8S):3785. doi:10.15829/1728-8800-2023-3785.
13. Rugol LV, Kotlovsky MYu. Dynamics of staffing of healthcare organizations in terms of achieving target indicators for the implementation of the federal project. *Social aspects of population health*. 2023;69(1):9. (In Russ.) Руголь Л. В., Котловский М. Ю. Динамика кадрового обеспечения медицинских организаций в аспекте достижения целевых показателей реализации федерального проекта. Социальные аспекты здоровья населения. 2023;69(1):9. doi:10.21045/2071-5021-2023-69-1-9.